FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 541

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 13 *juillet* 1900 *à* 1 *heure*

Par EDGARD BLUM
Né à Rouen le 6 mai 1873
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Ancien interne de l'hôpital de Rothschild

DU DRAINAGE PROLONGÉ DE L'UTÉRUS

Consécutif à la dilatation et au curetage

Traitement de certaines affections utérines et péri-utérines

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, *professeur.*
BROCA (Aug.) et WALTHER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

541

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547213_0031

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 13 juillet 1900 à 1 heure

Par EDGARD BLUM
Né à Rouen le 6 mai 1873
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Ancien interne de l'hôpital de Rothschild

DU DRAINAGE PROLONGÉ DE L'UTÉRUS

Consécutif à la dilatation et au curetage

Traitement de certaines affections utérines et péri-utérines

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, *professeur.*
BROCA (AUG.) et WALTHER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA TOURETTE	MENÉTRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	HARTMANN	MERY	WALTHER
BROCA (André)	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	
DELBET		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 179[illegible], l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A M. LE Dr A. WEILL

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin en chef de l'Hôpital de Rothschild.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

DU DRAINAGE PROLONGÉ DE L'UTÉRUS

Consécutif à la dilatation et au curetage

DANS LE

Traitement de certaines affections utérines et péri-utérines.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales nous sommes heureux de remplir un doux devoir de reconnaissance envers nos maîtres. Nous remercions MM. Gaillard, Dreyfus-Brisac et Oulmont d'avoir bien voulu guider nos premiers pas dans la voie de la science médicale lorsque nous fûmes bénévole dans leurs services.

M. le professeur Bouchard, membre de l'Institut, nous a fait l'honneur de nous accepter comme externe dans son service. L'année que nous avons passée près de lui a été des plus fructueuses et nous a permis de connaître l'enseignement de plusieurs de ses élèves aujour-

d'hui ses collaborateurs MM. Widal, Vaquez, Jacquey, médecins des Hôpitaux, nous leur adressons ainsi qu'à lui l'expression de tous nos remerciements.

Nous avons eu l'honneur d'être également l'externe de M. le professeur agrégé Blum, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre profonde gratitude pour les bons conseils qu'il nous a donnés et pour nous avoir initié à la chirurgie.

M. le professeur agrégé Robin, membre de l'Académie de médecine, a bien voulu aussi nous accepter comme externe. Nous le remercions sincèrement de l'enseignement qu'il nous a donné.

Que M. le professeur agrégé Maygrier veuille bien agréer le témoignage de toute notre reconnaissance pour nous avoir enseigné l'obstétrique. Nous n'oublierons pas les sages conseils qui nous ont été prodigués durant les six mois que nous avons passés près de lui.

Que M. Walther, chirurgien des Hôpitaux, daigne recevoir ici l'expression d'une inaltérable reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'il nous a témoignée et l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous guider de ses conseils.

Que MM. le Dr Beaussenat et Zadok, interne des hôpitaux, veuillent bien agréer les remerciements que nous leur devons pour leur empressement à mettre à notre disposition les documents qu'ils possédaient sur le sujet de ce travail.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Professeur agrégé Retterer, des marques d'intérêt

qu'il nous a toujours prodiguées et notre bien cher maître, M. le Dr A. Weill, médecin en chef de l'hôpital de Rothschild dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne. Nous tenons avant de le quitter à lui affirmer l'étendue de notre reconnaissance et de notre dévouement et nous regrettons bien sincèrement de nous voir dans l'obligation de nous séparer de son précieux enseignement.

Que MM. les Drs Diamantberger et Reblaud veuillent bien recevoir ici l'assurance de notre affectueuse reconnaissance et de toute notre estime pour les conseils qu'ils nous ont donnés durant notre internat à l'hôpital de Rothschild. Nous remercions sincèrement M. le professeur agrégé Monod, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, pour nous avoir permis de suivre son service.

Que M. le Professeur Tillaux daigne agréer l'expression de toute notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d etudier un procédé opératoire destiné au traitement de certaines affections utérines et péri-utérines.

Ce procédé consiste dans le drainage prolongé de l'utérus après la dilatation et le curetage de cet organe.

Si pour certaines métrites tous les auteurs sont d'accord ou presque d'accord sur le curetage et sur le drainage, il est loin d'en être de même au sujet des salpingites.

Dans les affections des annexes et les affections péri-utérines les auteurs se divisent en deux camps bien tranchés : les uns veulent toujours intervenir radicalement et s'adressent directement à l'organe malade qu'ils suppriment; les autres, les temporisateurs, utilisent les moyens de douceur.

Les premiers s'appuient pour justifier leur conduite sur l'évolution des lésions des annexes et sur les douleurs occasionnées par les trompes malades.

Les seconds prétendent avoir toujours obtenu d'excellents résultats du traitement médical.

Pour trancher la question, il est nécessaire de savoir dans quelle proportion l'existence est menacée dans les affections des annexes et si la guérison spontanée est possible.

Suivant Lawson-Tait l'existence serait menacée dans 50 0/0 du cas, mais il est indéniable que la guérison spontanée ou du moins la guérison sans grande intervention est possible et est fréquemment réalisée. Il est incontestable que des salpingites catarrhales ont guéri seules et que des affections annexielles ont disparu sous l'influence d'un traitement médical.

On a donc le droit de recourir dans certains cas à un traitement non radical, c'est-à-dire un traitement n'agissant pas directement sur la trompe ou tout au moins ne comportant pas son ablation.

Le traitement médical pur qui est par excellence celui de la métrite causale consiste en injections chaudes, lavements chauds et repos absolu.

Bien que ce traitement joint à l'antisepsie intra-utérine, à la dilatation du col de la matrice et au drainage de la cavité utérine donne dans nombre de cas d'excellents résultats, nous croyons qu'il est préférable de recourir d'emblée au curetage suivi de drainage et précédé de la dilatation du col.

Nous avons recours à ces moyens, nous disant que lors même d'un insuccès de notre méthode, on peut toujours recourir à une intervention plus radicale.

Nous diviserons cette étude en 5 chapitres :

I. — L'historique de cette méthode.

II. — Le manuel opératoire que nous avons employé.

III. — Les indications et contre-indications.

IV. — Les effets du drainage consécutif au curetage et à la dilatation.

V. — Les observations.

HISTORIQUE

Bien que le chirurgien Polck de New-York ait prétendu dans une séance de la Société de chirurgie de cette capitale, que la première femme dilatée, curetée et drainée ne serait autre que Mrs John Halle, la sœur du célèbre Shakespeare, nous croyons devoir dire que c'est à un chirurgien français que revient l'honneur d'avoir le premier pratiqué le curetage de l'utérus.

C'est en effet en 1846 que Récamier pratiqua et indiqua le manuel opératoire de ce nouveau procédé.

Quant au drainage de l'utérus c'est Schwartz, assistant de l'Université de Halle qui en 1883, le mit en pratique dans les affections de la matrice.

Chassaignac avait utilisé le drainage en chirurgie afin de favoriser l'écoulement des liquides des plaies chirurgicales, Schwartz eut l'idée d'introduire un drain dans l'utérus pour faciliter la sortie des matières mucopurulentes contenues dans la matrice et pour en modifier les parois.

Chéron vulgarisa en France l'emploi du drainage.

Longtemps le drainage et le curetage devaient être employés isolément.

Ils eurent d'ardents défenseurs et d'acharnés adversaires.

Au début le curetage et le drainage ne furent employés que dans le traitement des affections purement utérines, et ce n'est que dans ces dernières années, que sous l'influence de maîtres éminents voulant réagir contre les excès des interventionnistes à outrance, que ces opérations devaient être utilisées pour le traitement des affections annexielles.

Ces deux opérations sont utilisées simultanément depuis une époque relativement récente.

Le drainage est devenu le complément nécessaire du curetage pour le traitement des affections utérines et péri-utérines.

En 1888, Bourreau dans sa thèse sur le curetage de l'utérus, indique la possibilité du drainage après cette opération.

A la même époque, M. Montprofit d'Angers, juge utile de recourir dans tous les cas de salpingo-ovarites à l'antisepsie vaginale et utérine par la dilatation, le drainage et le curetage.

En 1888, nous voyons M. Poullet de Lyon et M. Roland son élève, préconiser la dilatation, le curetage et le drainage dans le traitement des affections utérines et annexielles. Suivant eux, le curetage constituait tout et le drainage n'était qu'un complément de cette opération.

En 1889, M. Walton dans des séances de l'académie de Médecine de Bruxelles indique, qu'après la dilatation et avant le drainage de l'utérus, il pratique le

curetage afin d'enlever les productions morbides de l'endométrite.

M. Doléris, la même année, conseillait la dilatation lente, puis le curetage minutieux de l'utérus, puis l'irrigation, l'écouvillonage et le drainage de cette cavité.

En 1893, M. Rousquins dans sa thèse sur le tubage de l'utérus s'exprime ainsi: « Dès que les phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus sont amendés, la dilatation est effectuée, ensuite on fait le curetage si on le croit indiqué et enfin on introduit un drain dans l'utérus.

Dans la thèse qu'il a faite, à l'instigation de M. Beaussenat, élève de M. Walther, sur le traitement actuel des métrites, M. Douriez estime que le drainage de l'utérus est le complément nécessaire du curettage.

A la même époque MM. Lannelongue et Faguet de Bordeaux recommandent le drainage de l'utérus, mais ils ont toujours soin de débuter par cureter après avoir dilaté.

La même année M. Vitrac préconisait également le curetage comme traitement préliminaire des affections métritiques et péri-métritiques.

Dans la *Presse médicale* de 1896 MM. Labadie-Lagrave et Basset, affirment avoir toujours eu d'excellents résultats dans le traitement des nombreuses affections annexielles par la dilatation, le curetage et le drainage.

En 1896, M. Bouchard dans son excellente thèse sur le drainage utérin, a fait un chapitre spécial sur le drainage consécutif au curetage.

D'après lui, le curetage est une excellente opération mais il nécessite des soins post-opératoires qui sont aussi délicats et aussi importants que l'opération elle-même.

Depuis plusieurs années, M. Walther et certains de ses élèves, ont eu fréquemment recours à ce mode de traitement, dans les métrites et les salpingites, et n'ont eu qu'à se louer des résultats obtenus.

MODE OPÉRATOIRE

Le mode opératoire se compose dans ses grandes lignes de soins pré-opératoires ou préparation de la malade, de l'opération en elle-même et des soins consécutifs à l'opération.

Soins pré-opératoires. — La malade aura eu ses règles depuis deux ou trois jours, son intestin aura été évacué par un lavement tous les matins.

Pendant trois jours consécutifs ou quatre au besoin il faudra dilater le col. La dilatation du canal cervical pourrait être faite seulement au moment de l'opération. D'après M. Walther, elle ne doit être faite qu'à ce moment dans tous les cas de salpingite. Mais la dilatation faite avec les bougies de Hégar ne nous paraissent pas donner une dilatation aussi complète que celle que l'on obtient avec les laminaires.

Nous nous servons toujours de laminaires perforées.

Les laminaires ont le grand avantage de dilater lentement, progressivement en ramollissant et en assouplissant le col, en rompant sa tonicité.

Elles donnent de cette façon une dilatation plus durable que celle qui aura été pratiquée au moment même de l'opération.

Or la possibilité du drainage prolongé repose sur la persistance de la dilatation obtenue.

On introduira donc dès le premier jour une laminaire qu'on entrera à frottement, après désinfection préalable du vagin. La laminaire une fois introduite sera maintenue en place par une mèche de gaze iodoformée.

Cette laminaire sera conservée pendant 24 heures. Ce délai expiré elle sera retirée, on irriguera antiseptiquement, le vagin et la cavité utérine, puis une laminaire d'un calibre plus gros sera de nouveau mise dans l'utérus pour y rester 24 heures.

A son tour, celle-ci sera remplacée par un faisceau de laminaires, la veille de l'opération.

Ce même jour la malade aura été purgée de façon à ne pas être fatiguée par la constipation à laquelle on la soumettra pendant les deux ou trois jours consécutifs à l'opération.

Mode opératoire. — Il faut avoir à sa disposition les instruments dont on se sert habituellement pour pratiquer le curetage, c'est-à-dire :

Trois curettes fenêtrées et tranchantes, larges de 4, 6, 9 millimètres,

La curette de Récamier-Pozzi,

Une sonde à injections intra-utérines,

Un jeu de bougies de Hégar métalliques,

Une ou deux pinces à col,

Les valves dont on se sert habituellement pour pratiquer le curetage nous paraissent être avantageusement remplacées par un spéculum à valves larges et à orifice large. Le spéculum de Trélat modifié par Collin nous paraît répondre à ces indications.

Le maniement de cet instrument est simple, sa stérilisation facile.

L'écartement des valves permet d'éclairer suffisamment le fond du vagin et la largeur de son orifice permet de manœuvrer aisément.

En outre, les ailettes qu'il présente à son orifice refoulent suffisamment les grandes lèvres pour qu'elles ne gênent pas et permettent ainsi d'éviter de raser la vulve. Il a tous les avantages des valves sans en avoir les inconvénients. Nous noterons surtout les avantages capitaux suivants: 1° il supprime un aide ou deux de telle sorte que l'on peut et même que l'on doit opérer seul; 2° et c'est surtout sur ce point que nous tenons à insister c'est qu'il permet de faire le curetage de l'utérus sans abaisser l'organe à la vulve.

Il faut en effet ne pas oublier que très souvent l'utérus est flanqué de lésions annexielles et que parfois il adhère à des organes voisins. On conçoit facilement que dans ces cas, sa mobilisation outre qu'elle serait douloureuse si la malade n'était pas endormie, peut avoir pour conséquence, à la suite des tiraillements produits, de petites déchirures qui peuvent devenir le point de départ des poussées inflammatoires péri-utérines.

L'opérateur doit, de plus, avoir à côté de lui des drains tous préparés, destinés à être introduits dans l'utérus.

Etant donné que le résultat thérapeutique que nous cherchons réside surtout dans le drainage prolongé, il importe d'avoir des drains suffisamment rigides pour ne pas se laisser aplatir par le col de l'utérus. Bien que

M. Bonnaire estime que le caoutchouc malléable oppose son élasticité à la contraction utérine, et prétend qu'il parvient à vaincre la tonicité utérine, nous nous servons de drains en caoutchouc durci rouge du calibre du petit doigt environ, ayant des parois épaisses de deux à trois millimètres au moins. Les drains sont ouverts à leurs deux extrémités et sont perforés par place, telles les drains de Cheron et Galande.

Ce choix n'est pourtant pas exclusif, il y aura quelquefois avantage à utiliser des drains en verre épais ou en plomb. Ces derniers ont l'avantage de pouvoir être désinfectés beaucoup plus sûrement et d'être aussi bien tolérés par l'utérus.

Mais nous repoussons l'emploi du drainage à la gaze iodoformée. Dans ces cas le drainage est très incomplet. Derrière la gaze on constate toujours la présence de produits muco-purulents qui n'ont pas été drainés, de plus la gaze ne s'oppose nullement au retour du col à son état normal. La disparition de la dilatation devient la cause de difficultés pour les drainages ultérieurs.

Il faut aussi avoir à sa disposition une solution de chlorure de zinc au dixième ou mieux une solution de glycérine créosotée au tiers.

Maintenant reste la question : « anesthésie ». Celle-ci peut être discutée et nous n'avons pas de raisons pour l'imposer. Nous croyons cependant que l'anesthésie présente de grands avantages. D'une part la malade est plus tranquille, l'opérateur se hâte moins et procède à tous les temps opératoires avec plus de mé-

thode ; d'autre part il n'est pas douteux que certaines manœuvres, telle que la dilatation forcée que l'on fait au moment de l'opération sont douloureuses. De plus la cautérisation, voire même l'injection intra-utérine un peu chaude peuvent être la cause de douleurs assez vives que l'on pourra ainsi éviter.

Technique. — La malade est mise dans la position de la taille. On désinfecte soigneusement le vagin et la vulve à l'aide de la brosse et du savon, puis on introduit le spéculum.

On saisit ensuite l'extrémité droite de la lèvre postérieure du col de façon à immobiliser l'utérus, non à l'abaisser.

On explore ensuite la cavité utérine, on étudie sa direction avec l'hystéromètre.

On complète alors la dilatation du col avec des bougies de Hégar quand l'emploi des laminaires n'a pas donné une dilatation satisfaisante.

M. Walther, dans les cas de salpingites ne pratique que la dilatation immédiate, progressive avec des bougies de Hégar. Il rejette l'emploi de dilatateurs à branches qui très souvent amène des lésions assez sérieuses du côté du col.

Pour faire la dilatation immédiate progressive du col. « On saisit et on fixe avec une pince-érigne la lèvre antérieure du col et on s'assure par la palpation bimanuelle et le cathétérisme de l'exacte direction de l'utérus. On introduit ensuite une première bougie bien enduite de vaseline, d'un calibre tel qu'elle passe à frottement doux. Immédiatement après on en passe

une seconde puis une troisième. Si l'on rencontre de la résistance on laisse séjourner la bougie de une à trois minutes, on reprend au besoin la précédente une seconde fois (1). »

Nous conseillons surtout de ne pas se hâter, d'agir avec beaucoup de prudence et de mettre le temps nécessaire à obtenir une dilatation suffisante, une heure à une heure et demie s'il le faut.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur la technique de l'opération en elle-même. Il faut gratter aussi minutieusement que possible et successivement la face antérieure, la face postérieure, le fond, les angles et enfin le col.

Les cornes de l'utérus échappent en général à l'action de la curette fenêtrée. La curette à bords émoussés de Récamier-Pozzi, prudemment maniée peut donner un résultat plus complet.

Le curetage achevé, on fait l'écouvillonnage à sec de l'utérus avec une mèche de gaze montée sur une pince, puis on fait une injection intra-utérine d'une solution faiblement antiseptique.

C'est ensuite qu'on fait la cautérisation de la cavité utérine et du col en écouvillonnant à nouveau avec une pince entourée d'ouate hydrophile imprégnée de la solution de chlorure de zinc ou de glycérine créosotée. Ces deux liquides étant caustiques, il est bon pendant que l'on écouvillonne de faire une irrigation vaginale. Puis on refait une dernière injection intra-

1. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1890, p. 118.

utérine et ensuite on introduit le drain. Ce dernier est saisi avec une pince à quelques centimètres de son extrémité utérine. On l'introduit doucement en combinant la pression à la rotation, puis on le poussera le plus loin possible sans cependant attacher d'importance à ce qu'il touche le fond de l'utérus.

On coupe l'extrémité vaginale du tube à un ou deux centimètres de l'orifice externe du col et on le maintient au centre du vagin par l'introduction dans chaque cul-de-sac et tout autour du tube de lanières de gaze. Ces dernières lui feront un petit chenal et protègeront également les parois du vagin que la présence du drain peut irriter.

On met un tampon d'ouate hydrophile dans la partie antérieure du vagin, puis on protège la vulve en mettant devant elle un pansement aseptique.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs à cette opération sont de la plus haute importance. L'antisepsie la plus rigoureuse devra présider à toutes les manœuvres que l'on exécutera. Pour refaire le pansement on débarrasse le vagin des tampons qui s'y trouvent. On enlève le drain et on lave soigneusement le vagin. Le spéculum est ensuite mis en place et l'on fait une injection intra-utérine avec la même solution.

Bien souvent on se voit obligé de saisir la lèvre inférieure du col avec une pince à griffes pour manœuvrer aisément dans l'utérus.

Après chaque lavage intra-utérin on doit, avec un tampon trempé dans la solution caustique de zinc frotter assez durement toute la surface de la cavité utérine.

Ensuite on replace dans les même conditions que le premier drain soit un nouveau drain, soit celui qui vient d'être enlevé qu'on aura préalablement bouilli dans de l'eau phéniquée.

On termine par un tamponnement vaginal. En général les pansements devront être renouvelés tous les deux jours, quelquefois tous les jours suivant l'abondance plus ou moins grande des sécrétions utérines.

Au premier pansement on remarque que les mèches de gaze profondément engagées dans les culs-de-sac vaginaux sont simplement imprégnées de sang et que le drain utérin ne renferme que quelques petits caillots. Il n'en est plus de même au deuxième ou au troisième pansement. En effet, malgré les soins et l'antisepsie la plus rigoureuse, on voit le drain ressortir recouvert de pus et de sang et ayant sa lumière obstruée par des sécrétions. La sécrétion purulente est parfois assez considérable, puis elle décroît progressivement jusqu'à devenir nulle.

Vers le vingtième jour en moyenne la cavité utérine peut être considérée comme désinfectée. Pour s'en assurer on n'aura qu'à porter un petit tampon bien sec au bout d'une pince, jusqu'au fond de l'utérus dès que le drain aura été sorti et avant toute injection intra-utérine bien entendu.

Si l'asepsie de la cavité est parfaite, on remarque que le tampon ressort recouvert d'une sécrétion muqueuse, transparente et dépourvue de globules de pus. Ce sera le moment de supprimer le drainage et de soumettre la malade à la simple antisepsie vaginale.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Dans l'endométrite chronique, le curetage enlève la muqueuse malade, son action se trouve complétée par le drainage de l'utérus.

Le drainage favorise la sortie des liquides contenus dans la cavité utérine.

Dans cette affection le drainage précédé de curetage donne toujours d'excellents résultats.

On doit recourir également à ce mode de traitement dans l'endométrite blennorrhagique. Grâce au drainage l'antisepsie de l'utérus est plus parfaite qu'avec le simple curetage et on peut même grâce à lui, agir sur les microbes logés au fond des culs-de-sac des glandes de la muqueuse, que la curette ne peut atteindre.

Les endométrites anciennes, avec de gros cols, de larges ectropions et un abondant écoulement ont toujours été suivies de guérison par le drainage consécutif au curetage.

Dans les déviations utérines, surtout les rétroversions, ce traitement exerce une action résolutive médiate, il agit sur la musculature de l'utérus dont la nutrition est améliorée et, comme nous le verrons, il agit

sur les adhérences qui maintiennent l'utérus en mauvaise position.

La métrite blennorrhagique chronique et celle qui est consécutive soit à un accouchement, soit à un avortement, due alors à la rétention de débris placentaires dans l'utérus, ne nous paraissent pas relever du drainage prolongé. Les lésions dans ce cas, sont le plus souvent superficielles et la muqueuse n'est pas profondément infectée. Le curetage seul suffit à guérir ces utérus.

M. Bouilly pense que dans la métrite parenchymateuse, dans l'utérus à infiltration superficielle, dans celui dont l'innervation est défectueuse et la circulation mauvaise, le curetage ne donne aucun résultat. Outre qu'il est très difficile de faire un diagnostic exact de l'innervation et de la circulation de l'utérus, nous estimons que les résultats dans nombre de ces cas auraient été bons si au curetage on avait associé le drainage.

Ce drainage prolongé consécutif au curetage donne de bons résultats dans nombre d'affections péri-utérines, annexielles et péri-annexielles.

L'emploi de ce procédé pour le traitement des salpingites et péri-salpingites rencontra au début de nombreux adversaires.

Sous l'influence de Lawson-Tait, pour peu qu'on soupçonnât une inflammation des annexes, leur ablation était jugée nécessaire. Le curetage était considéré comme très dangereux et la salpingectomie était regardée comme présentant moins de dangers. Une réaction allait se produire.

Dès 1886, M. Poullet, de Lyon, démontrait que la paramétrite, loin de créer une contre-indication constituait presque une indication de curetage. Plus tard Trélat et ses élèves, M. Cantin et Mlle Finkelstein appliquaient systématiquement le curetage dans les ovaro-salpingites et le préconisaient dans le traitement des lymphangites péri-utérines.

L'hydro et le pyosalpinx constituent ensuite pour M. Ransquins des indications de curetage.

C'est le traitement de choix dans les salpingites catarrhales d'après M. Picqué. En 1895 MM. Labadie-Lagrave et Basset utilisent le drainage précédé du curetage et de la dilatation du col pour le traitement des hydro-salpinx, des pyo-salpinx, même entourés de néo-membranes.

La salpingite catarrhale, les lymphangites péri-utérines, les endo-salpingites, la cellulite pelvienne, l'ovarite, la péri-ovarite, la paramétrite latérale et postérieure à point de départ utérin sont les principales indications du curetage suivi d'un drainage prolongé.

« Les conditions anatomiques entrent, naturellement, en considération. Il va de soi que la situation normale de l'utérus est naturellement plus favorable au curetage suivi de drainage que la rétroflexion ou toute autre déviation de cet organe. La trompe rectiligne en situation normale reviendra plus facilement à l'état ordinaire qu'une trompe serpentine, bosselée, à flexuosités multiples, ou bien prolabée dans le cul-de-sac

1. Labadie-Lagrave et Basset *Semaine Médicale* 1895, p. 9.

postérieur ou elle peut avoir contracté des adhérences avec l'ovaire ».

Bien que même dans certains cas de salpingo-ovarite ancienne avec des trompes flexueuses MM. Labadie-Lagrave et Basset aient obtenu des résultats moins satisfaisants, ils ont encore dans ces cas obtenu une guérison relative. Grâce à ce traitement ils ont vu les douleurs disparaître, la tumeur diminuer et l'état général se relever.

Si les indications de ce procédé sont comme on le voit assez nombreuses, il est contre-indiqué dans un certain nombre d'affections où seule la suppression des annexes donne de bons résultats.

La phase aiguë de l'inflammation, la réaction fébrile donnée par les trompes malades constituent pour la majorité des auteurs les principales contre-indications du curetage suivi de drainage.

La présence d'une collection purulente constitue également une contre-indication pour un grand nombre de gynécologues, parmi eux MM. Douriez, Vitrac et Bouchard. « Le curetage, disent-ils, est inefficace et même dangereux dans certaines affections chroniques et apyrétiques des annexes, probablement quand il existe des poches purulentes, et même dans ces conditions il peut amener l'explosion d'accidents aigus. »

Nous ne partageons pas tout à fait la même opinion ; avec M. Rizkallah nous pensons que le curetage suivi de drainage peut être appliqué avant toute intervention plus grave au traitement des pyo-salpingites récentes et unilatérales.

Nous croyons que les accidents qui ont été constatés dans ces cas relèvent plutôt d'une mauvaise technique opératoire et que le danger disparaît si l'on s'abstient de mobiliser l'utérus et d'abaisser le col à la vulve.

M. d'Hotman de Villiers a également démontré que dans certaines affections salpingiennes il y avait une infiltration des parois, de véritables abcès intra-pariétaux dont on ne peut espérer voir la disparition complète par le curetage.

Pour nous, avec M. Walther nous considérons comme principales contre-indications ; les gros pyosalpinx bilatéraux, les ovarites suppurées, les kystes folliculaires de l'ovaire, les hémato-salpinx, l'hématocèle récente, les poussées aiguës de salpingite et l'état fébrile de la malade.

MODE D'ACTION DU DRAINAGE CONSÉCUTIF AU CURETAGE ET LA DILATATION DU COL

Dans les métrites le curetage a un rôle antiseptique. Il débarrasse l'utérus de sa muqueuse malade et des sécrétions morbides contenues dans sa cavité.

Débarrassé de sa muqueuse malade le muscle utérin se nourrit mieux, a une circulation plus active. Mais l'action sera bien plus effective si le curetage est suivi de drainage.

M. Cornil dans son *Traité sur les métrites* nous montre à quelle profondeur se trouvent les culs-de-sac glandulaires ou la muqueuse utérine enflammée. Ils s'enfoncent dans l'épaisseur du muscle utérin et la curette ne peut les atteindre à ce niveau.

Bien que fait le plus minutieusement possible le curetage ne débarrasse pas complètement l'utérus de toute sa muqueuse et de tous les agents pathogènes qu'il contient.

Le drainage continue l'action de la curette. Il maintient béant l'orifice utérin, il favorise l'écoulement en dehors des sécrétions utérines. On sait que lorsqu'une poche ou un organe contiennent un liquide purulent il

n'y a de tendance à la guérison que lorsque la sécrétion peut échapper librement au dehors. La présence onstante de pus, est un obstacle à la guérison. Dans l'utérus la sortie des produits sécrétés peut être empêchée soit par l'épaississement et l'inflammation de la muqueuse qui obstrue l'orifice interne, soit par l'hypertrophie des glandes muqueuses qui peuvent dans certains cas subir une dégénérescence kystique.

Les déviations utérines, surtout la rétroflexion peuvent aussi être un obstacle s'opposant à la sortie des liquides. Le liquide peut par sa consistance obstruer lui-même l'orifice utérin. Le drain qui maintient béant le canal cervical permettra ainsi à l'utérus d'évacuer son contenu et le mettra dans d'excellentes conditions pour guérir.

Les affections péri-métritiques, celles qui amènent des adhérences, sont heureusement influencées par le curetage suivi de drainage.

Le mode de traitement favorise la résorption des exsudats inflammatoires et fait disparaître ainsi les fausses-membranes qui maintenaient l'utérus en mauvaise position.

Pour se rendre compte de la façon dont agit notre procédé dans quelques cas de salpingite, il est bon d'étudier le mode de propagation de l'inflammation utérine aux annexes.

Le plus souvent l'inflammation des trompes est secondaire à celle de l'utérus.

Pour M. Lucas-Championnière la voie suivie ne serait autre que la voie lymphatique.

Partie de l'utérus l'inflammation gagnerait les ligaments larges, l'ovaire, puis les trompes d'où elle pourrait revenir à l'utérus.

Pour MM. Trélat, Terrier, Quénu la propagation se ferait de muqueuse à muqueuse. C'est cette dernière opinion que nous partageons.

M. Lucas-Championnière s'appuyait sur ce fait que dans presque tous les cas la trompe était surtout malade dans ses deux tiers externes.

Mais d'une part M. Poirier a démontré que les lymphatiques utérins dès leur sortie de cet organe se rendaient à des ganglions spéciaux sans passer par les trompes et les ovaires, et, d'autre part, l'anatomie pathologique nous montre que si les lésions de l'orifice utérin des trompes n'existent pas au point de vue macroscopique elles n'en existent pas moins au point de vue histologique.

La suppression de la muqueuse utérine dans les cas d'inflammation nous paraît logique. « En effet, il serait irrationnel, dit M. Le Dentu, de ne tenir aucun compte de l'état de l'utérus et de s'adresser de suite aux annexes.

Le curetage supprime donc le plus souvent la cause première de la salpingite.

La dilatation qui précède le curetage et le drainage agit sur les orifices utérins des trompes.

L'utérus est ramolli, sa tonicité est vaincue et les orifices tubaires se trouvent dilatés. Pour M. Doléris la dilatation tubaire suit celle de l'utérus comme la distension de l'uretère succède à celle de la vessie.

Pour M. Bonnaire la dilatation agirait sur les ostia-uterina et il y aurait une solidarité entre les orifices tubaires et utérins. Quel que soit le mécanisme qui produit la dilatation, cette dernière favorise la sortie des liquides contenus dans les trompes et peut-être permet-elle aux liquides antiseptiques qui seront ensuite injectés d'agir sur la muqueuse malade et d'exercer sur elle une bienheureuse influence ?

Il est vrai que dans bien des cas on a mis en doute la certitude du diagnostic ; pour certains chirurgiens M. Pozzi entr'autres, les prétendues collections tubaires que l'on voit céder rapidement par le drainage ne seraient que des cas d'œdème aigu péri-salpingien, mais nous croyons qu'il est impossible de douter du diagnostic quand on voit s'échapper de l'utérus une notable quantité de mucus et de pus et que l'on s'aperçoit de la disparition d'une tumeur qu'on avait précédemment constatée.

La sortie des collections tubaires serait due pour M. Ransquins à la contraction des trompes résultant de la présence du drain dans l'utérus. Pour lui, en effet, le drain agirait comme corps étranger et provoquerait des contractions de l'utérus et des annexes, tous deux étant innervés par le même plexus.

Le drainage consécutif au curetage supprimant les causes provocatrices de certaines douleurs ressenties dans les inflammations des annexes, fait disparaître ces douleurs. Supprimant la cause, il supprime les effets.

L'antisepsie utérine produite par ce procédé mettant fin aux poussées inflammatoires du côté du péri-

toine les douleurs occasionnées par les réactions péritonéales sont de ce chef supprimées. La fermeture ou l'atrésie des trompes s'opposant au libre écoulement des liquides contenus dans les annexes disparaissent par le drainage, les douleurs provoquées par la rétention des liquides disparaît également.

Pour nous résumer nous dirons donc que le curetage agit comme antiseptique, que le drainage continuera son action, en maintenant l'utérus en état de ramollissement, en favorisant la sortie des liquides et en exerçant une action résolutive sur les exsudats péri-utérins.

De plus, il a une bienheureuse influence sur le muscle utérin lui-même dont la circulation et la nutrition se trouvent améliorées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther, prise par M. Zadok, interne du service.

Métrite et rétro-flexion, curetage, suivi de drainage.

La femme B..., âgée de 28 ans, entre à l'hospice de Bicêtre le 8 février 1898.

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle a été réglée à l'âge de 15 ans, elle s'est mariée à 18 ans. Elle a eu deux enfants. Elle a fait en plus une fausse couche de 5 mois. Le dernier accouchement date de 1891.

Il y a 5 ans elle est allée consulter un médecin pour des troubles gastriques. Celui-ci a constaté l'existence d'une métrite avec ulcération du col.

Avant le mois d'octobre dernier, la malade n'avait jamais ressenti de douleurs, ni eu de pertes blanches. Au mois d'octobre, elle a beaucoup souffert dans le bas-ventre, surtout du côté droit.

Elle est restée quatre jours au lit. Sous l'influence de ce court repos, les douleurs s'étaient légèrement amendées, jusqu'au mois de janvier dernier, où elle a eu une nouvelle crise douloureuse.

Actuellement elle ne présente aucun trouble fonctionnel, elle ne ressent aucune douleur et n'a pas de pertes blanches, elle est légèrement constipée, son appétit est excellent, ses règles seules ont été en retard.

Au toucher, on constate que le col est irrégulier, on sent des noyaux indurés à sa périphérie. L'utérus est en rétro-flexion, il est fixe et adhère au rectum.

Les tentatives de redressement sont extrêmement douloureuses, les culs-de-sac sont absolument souples. Rien du côté des annexes.

Au spéculum, on voit une déchirure sur le côté droit du col, la lèvre antérieure n'existe plus, la supérieure est exubérante et présente en son milieu une ulcération sanguinolente. L'hystéromètre donne une profondeur de 8 centimètres.

Le 21 et le 22 février. — On dilate la malade avec des laminaires.

Le 23 février. — On pratique le curetage après anesthésie à l'éther. La dilatation est achevée assez facilement avec des bougies de Hégar, puis on touche la muqueuse utérine avec de la glycérine créosotée, on place ensuite un drain en caoutchouc dans l'utérus. On fait ensuite un pansement à gaze iodoformée.

Le 25. — On refait le pansement, on retouche la cavité utérine avec de la glycérine créosotée, le drain est remis en place, on tamponne de nouveau à la gaze ; on fait de la sorte jusqu'au 24 mars. On constate alors la guérison de l'ulcération et la cessation de tout écoulement.

Le 30 mars. — La malade sort de l'hôpital, ne ressentant plus aucune douleur.

OBSERVATION II (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther (hôpital Dubois) (résumée).

Métrite. Corps utérin en anté-flexion. Curetage et drainage. Guérison.

Mme B..., 30 ans, entre le 17 janvier 1899 pour des douleurs abdominales et une sensation de pesanteur dans le bas ventre.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans.

Règles sont régulières, d'une durée de 4 jours, n'a jamais eu d'enfants, elle a eu des pertes blanches il y a 5 ans.

A l'examen on constate par le toucher que le col est gros, volumineux, dur, le corps de l'utérus est en anté-flexion.

Le volume du corps paraît normal.

Rien du côté des annexes. L'hystéromètre donne une profondeur de 7 cm.

Au spéculum, on constate la sortie d'une sécrétion muco-purulente très abondante par l'orifice externe. On voit des points jaunes soulevant la muqueuse légèrement au pourtour de l'orifice externe.

Le 19 et le 20 janvier.—On dilate la malade avec des laminaires.

Le 2 janvier.— On fait le curetage ; la dilatation produite par les laminaires, n'étant pas estimée suffisante M. Walther l'achève à l'aide de bougies métalliques, le cure-

tage est ensuite pratiqué, suivant le mode habituel, puis on touche la muqueuse avec une solution de Zn Cl.

On introduit un drain dans la cavité, puis on tamponne. Le drain est changé tous les jours, puis tous les deux jours jusqu'au 30 janvier, époque à laquelle on se vit dans l'obligation de l'enlever, par suite de l'apparition des règles. Elles durent 5 jours, elles ne sont pas douloureuses.

Néanmoins, les douleurs ont complètement disparu et la malade quitte la maison Dubois le 12 février.

OBSERVATION III (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther. Métrite, traitée par le curetage suivi du drainage. Guérison.

La femme L..., âgée de 30 ans, entre dans le service de M. Walther, le 15 mars 1899.

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle a été réglée à 15 ans.

Ses règles sont irrégulières.

Elle s'est mariée à 18 ans. Elle a eu 5 enfants. Deux d'entre eux sont morts, les autres sont bien portants.

Depuis son dernier accouchement, qui a eu lieu il y a trois ans, elle a des pertes blanches et ressent des douleurs dans le bas ventre que les menstrues exagèrent. Elle n'a pas de métrorrhagie.

Au toucher, on constate que l'utérus a un volume normal, qu'il est en légère rétroversion et que son col est

petit, les annexes sont d'un volume normal et pas douloureuses.

Au spéculum on constate que le col est violacé. Son orifice externe est excorié. Il est obstrus.

Les 30 et 31 mars et 1er avril. — On dilate le col utérin avec des laminaires.

Le 2 avril. — On fait le curetage sans abaisser le col à la vulve, puis on cautérise la muqueuse utérine au Zn Cl. et enfin on introduit un drain.

Le drainage est continué jusqu'au 20 avril époque à laquelle on constate que la sécrétion utérine est complètement tarie.

Le 26. — La malade quitte l'hôpital, ne se plaignant plus de douleurs et n'ayant plus de pertes.

OBSERVATION IV (inédite).

Prise en collaboration de M. Zadok dans le service de M. Monod. Métrite. Rétroflexion adhérente. Curetage et drainage. Guérison.

La femme R... Félicie, domestique, âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, le 27 mars 1900. Pas d'antécédents héréditaires.

Elle a été réglée à l'âge de 17 ans.

Les règles furent régulières jusqu'à l'âge de 27 ans, depuis lors la malade voit tous les 15 jours pendant 6-8 jours. Les pertes sont abondantes et très douloureuses, elle n'a jamais eu d'enfants et jamais fait de fausse couche.

Dans l'intervalle des règles, elle a des pertes blanches

très abondantes, elles ressent continuellement des douleurs dans le bas ventre, ces douleurs s'irradient dans les cuisses et les reins.

Il y a un an, elle aurait eu des pertes blanches plus abondantes que d'habitude et aurait taché le linge en jaune verdâtre et aurait eu des douleurs pendant la miction.

Au toucher, on trouve un col gros, le col de l'utérus est en rétroflexion adhérent au rectum. On sent son fond dans le cul-de-sac postérieur et un sillon très net le sépare du col. Les culs-de-sac latéraux sont libres, on ne constate rien du côté des annexes.

Le spéculum introduit, on voit que le col est entr'ouvert, qu'il est ulcéré superficiellement près de son orifice externe. Un bouchon muqueux obstrue cet orifice. L'hystéromètre donne une longueur de 7 centimètres.

On dilate le corps avec des laminaires, les 26, 27 et 28 mars.

Le 29 mars. — On pratique le curetage, on touche la muqueuse utérine avec une solution de chlorure de zinc au 1/10, puis on introduit un drain. Le drain est changé les jours suivants. Le 13 avril, c'est-à-dire 15 jours après, on enlève le drain.

La malade sort de l'hôpital le 17 avril, n'ayant plus de pertes, ne souffrant plus, le corps utérin est en partie redressé et diminué de volume.

OBSERVATION V (inédite).

Due à l'obligeance de M. Beaussenat.

Salpingite légère gauche avec rétroversion utérine. Ménorrhagie. Curettage, drainage, guérison.

La femme C..., ménagère, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 11 septembre 1894. Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à treize ans. Elle a une couche extrêmement pénible à l'âge de 22 ans ; depuis sept ans elle a des pertes blanches abondantes et éprouve des sensations de pesanteur dans le petit bassin.

Les règles avaient été assez régulières jusqu'en 1892. Depuis deux ans les menstrues sont toujours en avance de huit-dix jours. Il y a six semaines, deux jours après la fin de ses règles, elle a ressenti une violente et brusque douleur dans le bassin, elle a eu de la fièvre, quelques vomissements et son ventre s'est rapidement ballonné. Depuis cette époque elle ressent des douleurs continuelles dans le bassin, mais surtout dans la région inguinale gauche. A l'examen on constate que la pression de la région inguino-iliaque gauche est douloureuse. Par le toucher on s'aperçoit que l'utérus est en rétroversion et que son corps est un peu dur et volumineux ; sa mobilité est assez grande mais les mouvements qu'on lui imprime sont très douloureux. On sent très nettement la trompe et l'ovaire gauches qui sont légèrement prolabés dans le cul-de-sac postérieur. Ces organes sont extrêmement douloureux à la pression. L'introduction de l'hystéromètre occasionne

de très vives douleurs. Cet instrument donne une longueur de huit centimètres.

Le 20 septembre. — On pratique le curetage après avoir dilaté l'utérus à la laminaire les trois jours précédents. On touche la muqueuse utérine avec un tampon trempé dans une solution de chlorure de zinc, puis on introduit le drain. Celui-ci est changé tous les jours jusqu'au 4 octobre, époque à laquelle on le supprime. Le 5 octobre les règles réapparaissent et durent jusqu'au 10. La malade sort de l'hôpital le 14 octobre n'ayant plus de pertes blanches, ne ressentant plus de douleur et ne se plaignant plus.

OBSERVATION VI (inédite).

Due à l'obligeance de M. Beaussenat (résumée).

Métrite, salpingite gauche avec rein flottant. Drainage, curetage, amélioration, diminution de la tumeur.

Mme H..., journalière âgée de 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 19 septembre 1894. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle a été réglée à l'âge de 12 ans. Elle a fait une fausse couche il y a 10 ans, depuis elle a des pertes blanches.

Depuis 2 ans, elle ressent des douleurs dans le bas-ventre, exagérées surtout par la fatigue et l'apparition des règles. Ces douleurs s'irradient dans les lombes, les aines, les cuisses. Elle se plaint également de ressentir une douleur dans le flanc droit.

On constate par le palper que le rein droit est volumi-

neux, douloureux et mobile. Par le toucher on sent que l'utérus est gros, le col un peu granuleux, que la trompe droite est douloureuse, grosse comme un œuf, que la gauche atteint le volume d'une mandarine.

On commence par mettre la malade au repos, on la dilate le 24, 25 et 26 septembre, on fait le curetage le 27 septembre, on touche la muqueuse au chlorure de zinc, puis on introduit le drain ; le drainage est continué pendant 15 jours, l'amélioration est très marquée ; les phénomènes douloureux ont presque complètement disparu et les trompes ont beaucoup diminué de volume. Le 14 octobre, date de la sortie de la malade, on constate que les trompes n'ont plus que le volume d'une amande.

OBSERVATION VII (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther, prise par M. Zadok, interne du service.

Métrite et rétroflexion utérine réductible ; annexes perceptibles

La femme H..., âgée de 23 ans, entre à l'hospice de Bicêtre le 1er mars 1897, parce qu'elle ressent des douleurs dans le bas-ventre et d'abondantes pertes blanches. Rien dans les antécédents héréditaires, réglée à l'âge de 13 ans. Elle a eu 2 enfants, la première couche a eu lieu il y a 2 ans et demi, l'accouchement a été normal, la malade s'est levée au bout de 9 jours ; elle a accouché pour la deuxième fois il y a 11 mois ; l'enfant serait venu en état de mort apparente, la sage-femme lui aurait fait une

délivrance artificielle ; à la suite de cet accouchement la malade aurait eu une hémorrhagie assez abondante et de la fièvre, elle aurait ressenti des douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté gauche. Elle a eu 6 semaines après son accouchement une phlébite du membre inférieur gauche ; le médecin qui l'a soignée avait constaté la présence d'une poche purulente dans le bassin, il allait intervenir quand la collection s'est ouverte spontanément dans l'utérus. Elle eut ensuite des pertes abondantes qui durèrent 6 semaines.

Trois mois après son accouchement elle a eu une grande perte de sang qui a duré 8 jours. Depuis cette époque elle est irrégulièrement réglée ; elle est toujours souffrante et ne peut se livrer à aucun travail ; la station debout lui est impossible. A son entrée on constate par le toucher que l'utérus est gros, le col est augmenté de volume et que bien qu'en rétroflexion l'utérus peut être facilement redressé. Le cul-de-sac droit est libre, le gauche est rétréci, le col est dévié et maintenu de son côté. Les annexes sont perceptibles mais non pas douloureuses. Le spéculum nous montre un col gros, légèrement entr'ouvert.

Le 9 mars. — On procède au curetage de l'utérus. On cautérise la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc au 1/10, puis on introduit un drain et l'on tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée.

Le 10 mars. — On fait un lavage intra-utérin. On cautérise la muqueuse utérine avec la solution de chlorure de zinc au 1/10, on introduit un drain rendu aseptique.

Le 12 mars. — La malade se plaint de ressentir quel-

ques douleurs dans le bas-ventre et surtout du côté gauche. On fait un nouveau lavage suivi de drainage. On continue le drainage jusqu'au 10 avril. Le 21 avril la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie. Les annexes ne sont plus perceptibles.

Le 10 mai. — On revoit la malade, complètement guérie, n'ayant pas souffert depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION VIII (inédite).

Due à l'obligeance de M. Beaussenat. (Résumée).

Drainage. Peri-métro-salpingite droite. Curetage.

La femme B..., âgée de 31 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 5 septembre 1894 parce qu'elle ressent constamment des douleurs dans le bas-ventre depuis 3 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à l'âge de 12 ans et demi, les règles sont assez régulières, mais douloureuses.

Depuis 5 ans elle a d'abondantes pertes blanches.

Elle a eu 9 enfants. Le dernier n'est âgé que de 3 ans.

C'est depuis cette époque que la malade se plaint de ses douleurs. Elles siègent au niveau de la racine de la cuisse et de là s'irradient dans les lombes et les aines.

Les fatigues et les menstrues les exagèrent.

Au toucher on constate que l'utérus est gros et peu mobile.

Le doigt sent un empâtement extrêmement dur dans le cul-de-sac postérieur,

La trompe est sentie dans les culs-de-sac latéraux.

La douleur occasionnée par la pression est très vive, peu à peu la trompe ne se sent plus, elle se confond avec la pelvi-péritonite du cul-de-sac postérieur.

Les 9, 10 et 11 septembre. — On dilate l'utérus avec des laminaires.

Le 12 septembre. — On fait le curetage, on touche la muqueuse utérine avec une solution de chlorure de zinc et on introduit un drain.

Durant 15 jours on draine la malade.

Le 30 septembre. — Date de la sortie de la malade.

On constate la disparition presque complète de l'empâtement et de la douleur.

OBSERVATION IX (inédite).

Due à l'obligeance de M. Beaussenat (résumée).

Péri-métro salpingite droite. Curettage. Drainage. Guérison.

La femme R..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital le 15 octobre. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans. Règles irrégulières et douloureuses.

Entre parce qu'elle souffre beaucoup dans le bas-ventre du côté droit. Elle a déjà été soignée par un médecin qui avait trouvé une grosse trompe droite et de la métrite.

Au toucher on sent le col gros, l'utérus volumineux, peu mobile, non douloureux. Le cul-de-sac droit est un peu effacé, la trompe fixée, immobile, augmentée de volume et douloureuse. La trompe gauche est épaissie.

Le curetage est pratiqué le 20 octobre, après trois jours

de dilatation. On touche la muqueuse utérine au chlorure de zinc, on introduit un drain. Le drainage est fait pendant douze jours, du 20 octobre au 2 novembre.

Le 4 novembre. — Jour de la sortie de la malade, on constate l'empâtement du cul-de-sac postérieur et la disparition complète des douleurs.

OBSERVATION X (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther (résumée).

Métrite et salpingite gauche. Drainage. Curetage. Guérison.

Mlle M..., mécanicienne, âgée de 21 ans, entre à l'hospice de Bicêtre parce qu'elle souffre beaucoup dans le bas-ventre du côté gauche.

Réglée à 16 ans. Les règles sont irrégulières, elles avancent ou elles retardent, quelquefois elles ne viennent que tous les deux mois ; leur durée est de huit jours. Pertes blanches très abondantes dans leur intervalle. Depuis l'âge de 16 ans (âge auquel elle a eu des rapports sexuels) elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche.

Au toucher l'utérus est en rétroversion. Dans le cul-de-sac gauche on perçoit la trompe tuméfiée et douloureuse.

La dilatation à la laminaire est commencée le 18 mai. Le 21 mai on pratique le curetage sans anesthésie : cautérisation au chlorure de zinc et introduction d'un drain.

Le 18 juin. — On cesse le drainage.

Le 22 juin. — La malade quitte l'hôpital paraissant guérie.

OBSERVATION XI (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther (résumée).

Métrite et Salpingite gauches. Drainage. Curetage. Guérison.

Mlle L..., âgée de 20 ans, journalière. Ne présente rien de particulier dans ses antécédents.

Elle a été réglée à 12 ans. Les menstrues sont irrégulières, abondantes, douloureuses. Elles ont en général une durée de 8 jours.

Elle a eu, il y a 3 ans, un enfant. L'accouchement a été normal. Mais depuis cette époque elle ressent des douleurs dans le bas-ventre surtout à gauche. Les règles exagèrent les douleurs.

Au toucher on sent que le col est gros, l'utérus volumineux et dans le cul-de-sac gauche on perçoit la trompe qui est sensible et douloureuse.

L'hystéromètre donne une longueur de 8 centimètres.

Le 18 mai. — On commence à dilater le col avec des laminaires. La dilatation est continuée jusqu'au 21 mai, date à laquelle on fait le curetage. On cautérise la muqueuse au chlorure de zinc et on introduit un drain.

On cesse de drainer le 2 juin.

La malade sort le 4 juin ne ressentant plus aucune douleur, l'utérus a diminué de volume et la trompe n'est plus douloureuse à la pression.

OBSERVATION XII (inédite).

Dûe à l'obligeance de M. Walther prise par M. Zadok interne du service.
Métrite du col. Annexes sensibles. Curetage. Drainage. Guérison.

La femme C..., âgée de 28 ans, entre à l'hospice de Bicêtre, le 22 mars 1897 parce qu'elle ressent de violentes douleurs dans le bas-ventre.

Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Elle a été réglée à 11 ans 1/2. Ses règles sont irrégulières et douloureuses.

Elle s'est mariée à 18 ans. Elle a eu deux enfants et elle a fait deux fausses-couches.

Depuis sa première couche elle ressent de violentes douleurs dans le bas-ventre. Elle ne peut se livrer à aucun travail tant elle souffre.

Ses règles sont très abondantes. Elle n'a jamais eu de pertes blanches dans l'intervalle des menstrues.

Examen. — Toucher. Col gros, dur. Les annexes sont sensibles.

Spéculum. Le col est violacé, volumineux, induré encore au niveau de l'orifice utérin.

On dilate la malade les 27, 28 et 29 mars.

On fait le curetage le 30 mars, on cautérise la muqueuse au chlorure de zinc. On introduit un drain puis on tamponne.

Le drain est supprimé le 23 avril et on cesse alors tout pansement.

Elle sort guérie le 11 mai.

La malade qui est encore actuellement en place chez un chirurgien des hôpitaux ne s'est jamais plainte depuis sa sortie de l'hôpital. Elle a eu un enfant depuis cette époque.

OBSERVATION XIII (inédite).

Prise dans le service de M. Monod.

Métrite et salpingite gauche. Curetage. Drainage.

Mme B... Pauline, âgée de 27 ans, entre le 21 mars 1900 à l'hôpital Saint-Antoine.

Rien de particulier dans les antécédents.

Réglée à 16 ans. A cette époque elle était très anémique. Les règles sont irrégulières, peu abondantes.

Elle a eu deux enfants. Le premier accouchement a eu lieu il y a cinq ans. C'est depuis, qu'elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre surtout du côté gauche. Les douleurs s'irradiant dans les lombes. Les règles sont de plus en plus irrégulières, elles retardent souvent d'un ou deux mois. Elle a beaucoup de pertes blanches.

Il y a 4 mois elle a eu des pertes de sang très abondantes qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Le diagnostic de métrite et de salpingite fut porté.

On proposa de l'opérer, mais l'intervention n'étant pas jugée urgente elle préféra la différer.

Les pertes qu'elle avait eues à cette époque durèrent 19 jours.

Elle a eu de nouvelles hémorrhagies il y a trois semaines, elles s'arrêtèrent au bout de 12 jours.

Examen. — Toucher. Le col est un peu mou, pas augmenté de volume. Il est mobile. Sa mobilisation provoque de la douleur.

Le corps remonte à trois travers de doigts au-dessus du pubis. Il est douloureux à la pression. Il est mobile et se dirige en arrière.

Dans le cul-de-sac latéral droit le toucher seul ne donne aucune sensation.

Le toucher combiné au palper provoque de la douleur. Dans le cul-de-sac gauche on sent les annexes augmentées de volume. Elles sont douloureuses. Elles sont situées dans la partie la plus postérieure du cul-de-sac.

Les 26, 27,28 et 29 mars.— On dilate le col avec des laminaires.

Le 30 mars.— On fait le curetage, on cautérise ensuite la muqueuse avec la solution de chlorure de zinc puis on introduit un drain dans l'utérus et l'on tamponne.

On continue le drainage jusqu'au 13 avril date à laquelle la malade ne perd plus et ne souffre plus.

Le 14 avril la malade quitte l'hôpital. On constate avant sa sortie que l'utérus n'est plus douloureux, que les culs-de-sac paraissent libres et que leur examen ne provoque aucune douleur.

CONCLUSIONS

Dans les cas de métrites chroniques rebelles où le traitement médical se sera montré insuffisant, il faudra recourir au curetage de l'utérus précédé de dilatation et suivi d'un drainage prolongé.

La dilatation sera obtenue lentement au moyen des laminaires et le drainage sera effectué au moyen de tubes rigides soit en caoutchouc durci, soit en verre ou en plomb.

Ce mode de traitement devra son efficacité à la désinfection de la muqueuse utérine et au libre écoulement des produits de sécrétion.

Certains cas de lésions péri-utérines, péri-salpingiennes et même d'annexites sont aussi justiciables de ce mode de traitement.

Dans ces cas, pour éviter le seul danger que l'on puisse opposer à la méthode, il faudra s'abstenir de mobiliser l'utérus et de l'abaisser à la vulve.

Vu : le Président de la thèse
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Récamier. — Annales de thérapeutique, 1846.

Polk (W.). — Transact. of the Obst. Society New-York, 1889-90.

Schwartz. — Drainage des nicht puerperalen Utérus. (Centralblatt für Gynecologie, Leipzig, 13 Marz 1883).

Chéron. — Drainage de la cavité utérine par les voies naturelles. (Paris, 1883, p. 8).

Bourreau. — Du curetage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus (Th. de Paris, 1888).

Poullet. — Lyon médical, février-mars, 1888, p. 273-305.

Walton. — Académie royale de médecine de Bruxelles, 30 juillet, 30 décembre 1887 et 18 juillet-30 décembre 1888.

Doléris. — Société de biologie, 20 décembre 1888, p. 45.

— Journal de médecine de Paris, 1889, page 107.

Ransquins. — Tubage de l'utérus en dehors de l'état puerpéral. Drainage prolongé. (Th. de Paris, 1893).

Douriez. — Traitement actuel des métrites (Th. de Paris, 1894).

Le Dentu. — Archives de Gynécologie, 1892, page 113.

Lannelongue et **Faguet**. — Répertoire d'Obstétrique et de Gynécologie, 1895, page 325.

Vitrac. — Du drainage de l'utérus (Th. de Bordeaux 1895).

Labadie-Lagrave et **Basset**. — Diagnostic et traitement médical des salpingites. (Semaine Médicale, 1896, page 9).

Bouchard. — Du tubage de l'utérus (Th. de Paris, 1895).

Bonnaire. — De la dilatation prolongée de l'utérus au moyen de tubes en caoutchouc. (Semaine Médicale, 1892, page 348-360).

Samuel Pozzi. — Traité de Gynécologie, 1898, page 118.

Bouilly. — Le curetage de l'utérus, ses abus, ses insuccès, ses indications (Journal de Thérapeutique, Paris, 1898).

Bonnet-Blanc. — Indications du curetage (Th. de Paris, 1898).

Picqué. — Du curetage appliqué au traitement de la salpingite (Archives de Tocologie et de Gynécologie, 1895).

Rizkallah. — Le curetage dans le traitement des salpingites et en particulier du curetage de l'utérus dans la salpingite catarrhale (Th. de Paris, 1888).

Bouteil. — Du curetage de l'utérus sans abaissement forcé à la vulve. (Th. de Paris, 1893).

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus. 1889.

Trélat. — Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 5 mars 1890, février, 1891.

Lucas-Championnière. — Soc. de Chirurgie, février, mars, 1891.

Finkelstein (Mlle). — De l'influence du curetage de l'utérus sur les complications des endométrites (Th. de Paris, 1889).

Cantin. — Des lymphangites péri-utérines non-puerpérales et de leur traitement (th. de Paris, 1889).

Jouve et Boyer, impr. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris